

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1259

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques SAVOURET

Externe des Hôpitaux.

Né le 8 novembre 1913, à Coye-la-Forêt (Oise).

Appendicites aiguës
et
Perforation appendiculaire

Étude des Symptômes faisant soupçonner l'évolution vers la
Perforation appendiculaire de certaines appendicites aiguës

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques SAVOURET

Externe des Hôpitaux.

Né le 8 novembre 1913, à Coye-la-Forêt (Oise).

Appendicites aiguës

et

Perforation appendiculaire

Étude des Symptômes faisant soupçonner l'évolution vers la
Perforation appendiculaire de certaines appendicites aiguës

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAI.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUET.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCO.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-KALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Chirurgicale de la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard.

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse. Hommage de
profonde et respectueuse reconnaissance.*

L'étude des symptômes des appendicites aiguës a fait l'objet de nombreux traités et nous n'avons pas la prétention d'apporter de nouveaux éléments cliniques et diagnostiques. Nous voulons seulement insister sur :

1° l'extrême fréquence de la gravité des appendicites aiguës, leur évolution rapide vers la perforation appendiculaire et la péritonite aiguë généralisée;

2° et surtout, sur le fait qu'il n'existe souvent pas de parallélisme entre les signes cliniques et la gravité des lésions anatomiques qu'on découvrira à l'intervention.

Aussi nous nous attacherons à montrer à la lumière d'observations cliniques et de comptes rendus opératoires recueillis dans le « cahier d'urgences » du service de Monsieur le Professeur Pierre DUVAL, qui a eu l'amabilité de bien vouloir nous permettre de le consulter, nous nous attacherons donc à mettre en évidence qu'il existe certains symptômes, banaux en apparence, surtout chez des malades se présentant avec une apparente conservation de l'état général, dont l'interprétation peut dans une certaine mesure faire prévoir la gravité de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

Mais si ces symptômes ont un intérêt capital dans certains cas, il est de pratique courante d'observer

des appendicites aiguës qui se montreront graves à l'examen des lésions anatomiques et qui surviennent chez des malades qui, à l'examen clinique présentent un minimum de symptômes, parfois même une apparente conservation totale de l'état général : le point appendiculaire, net, précis, très sensible à la palpation, arrachant souvent un cri au malade est le seul signe d'appendicite aiguë décelable. S'il existe toujours, il faut savoir qu'il n'est pas toujours aisé de le mettre en évidence en particulier dans les cas si fréquents de situation anormale de l'appendice.

Nous allons maintenant illustrer ce que nous avançons en présentant plusieurs groupes d'observations de malades.

Nous avons d'abord réuni plusieurs observations où les signes cliniques sont au minimum, où l'on n'a pu mettre en évidence d'une façon nette le caractère de gravité de ces appendicites aiguës dont l'examen de la pièce anatomique après l'intervention chirurgicale a montré l'existence d'une péritonite, bien que rien cliniquement avait pu la faire soupçonner; on a trouvé du liquide puriforme dans la grande cavité péritonéale, une appendice déjà perforé.

Dans ces observations, on remarquera l'allure entièrement variable de l'état général, mais en moyenne bien conservé, la température est dans la plupart des cas près de la normale, le pouls est tantôt en rapport avec la température, tantôt plus rapide ne pouvant guère donner des indications au point de vue gravité. Quant à la constipation et aux gaz s'ils exis-

tent dans certains cas ils manquent dans d'autres et ne peuvent offrir qu'un bien mince intérêt; et pourtant nous verrons que dans toutes ces observations les conditions anatomiques des lésions (c'est-à-dire sphacèle ou perforation) sont les mêmes.

Le caractère de gravité de ces appendicites aiguës dans ces cas est alors plus basé sur une impression clinique que sur tel ou tel signe, d'apparence banale, qui pour un esprit averti peut donner une indication : nous parlerons de ces symptômes à propos d'un autre groupe d'observations.

Voici ces observations où les symptômes sont au minimum, observations que nous avons limités à des cas survenant chez des sujets adultes, ainsi d'ailleurs que toutes les autres observations recueillies dans cette étude.

OBSERVATION N° 1.

B... Georges, 20 ans.

Malade vu à la 40^e heure de sa crise. Aucun antécédent d'appendicite. Début brusque par des douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite. Douleurs qui s'accompagnent de vomissements.

La température est à 38°. Le pouls à 80.

Bon état général, malade légèrement courbaturé.

A la palpation : toute la partie droite de l'abdomen est douloureux, mais la douleur est très nettement plus intense dans la fosse iliaque droite où l'on note une très légère défense de la paroi.

Rien au toucher rectal.

A l'intervention.

On trouve un appendice fixé en position sous-cæcale, li-

bérée au doigt il s'écoule dans la cavité péritonéale un liquide abondant, grisâtre, d'odeur fétide. L'appendice est turgescent et la région de sa pointe, entourée par le grand épiploon, rouge, infarci, est sphacélée et présente deux perforations.

Appendicectomie.

Assèchement de la cavité péritonéale et du Douglas qui contient un liquide séreux abondant.

Drainage du Douglas.

OBSERVATION N° 2.

M... Marie, 35 ans.

Appendicite aiguë à la 60^e heure.

Début le vendredi matin par douleur dans la fosse iliaque droite et vomissements. Samedi, même tableau.

Le dimanche, la même chose. Température : 39°. Vu le soir dans le service à 20 h. 30. Température 39°5. Pouls à 100.

A l'examen de l'abdomen, on note une hyperesthésie cutanée avec marques et un point douloureux appendiculaire très net dans la fosse iliaque droite. Pas de contracture. Rien au toucher vaginal.

Malade un peu fatiguée, mais dans l'ensemble bon état général.

Intervention.

Appendicite latéro-cæcal externe, gangrenée et perforée, dans un abcès fétide limité par le grand épiploon.

Fermeture péritonéale sur deux drains dans le foyer.

OBSERVATION N° 3.

..., 29 ans. (femme).

Appendicite aiguë à la 6^e heure.

Début brutal à 3 h. de l'après-midi par douleur vive dans

la fosse iliaque droite, on remarque que la douleur maximum est très bas située dans la fosse iliaque.

Rien au toucher vaginal.

Température à 40°. Pouls à 110.

On remarque qu'il n'y a pas eu de vomissements. Pas de crises antérieures.

Pas de contracture ni de défense abdominale.

Intervention.

Appendicite en situation pelvienne, adhérente par sa pointe aux vaisseaux iliaques externes. Elle est sphacélée.

On trouve un liquide séro-purulent dans le Douglas.

Après appendicectomie, on place un drain dans le Douglas.

OBSERVATION N° 4.

G... Léone, 17 ans.

Appendicite aiguë à la 24^e heure. 1^{re} crise.

A l'examen : point douloureux dans la fosse iliaque droite, bas situé.

— Il y a eu des vomissements.

la température ne dépasse pas 38°.

le pouls est à 100.

— Etat général bien conservé, la malade marche et monte facilement les escaliers.

Intervention.

On trouve un appendice rétro-latéro-cæcal externe, coudé et fixé à la paroi par son coude.

Appendicectomie. Un petit drain est placé dans le foyer.

Fermeture en trois plans.

Alors qu'il n'y avait aucune réaction liquidienne dans le péritoine, l'appendice de son coude à la pointe se montre rempli de pus sous tension.

De ces appendicites aiguës, où la pièce opératoire met en évidence une perforation de l'appendice pleine

de pus et près à se perforer, nous rapprocherons deux observations d'appendicite gangréneuse.

Nous verrons que peu de symptômes les distingue des autres, tant au point de vue des signes généraux qui se montrent favorables qu'à celui des signes locaux; et là encore c'est de l'ensemble des signes cliniques, l'aspect général du malade, en un mot l'impression clinique, qu'on pourra dans certains cas tirer les éléments de gravité, mais bien plus souvent rien ne décèlera la péritonite latente d'où la nécessité d'opérer d'urgence toutes les appendicites aiguës, et c'est là un dogme bien connu.

OBSERVATION N° 5.

P... Louis, 57 ans.

Appendicite gangréneuse au 3^e jour.

Antécédents de cholécystite calculeuse.

Début samedi et depuis le malade se plaint de :

— Douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Pas de vomissements. Constipation.

La température est à 38°5.

Examen qui montre un point douloureux dans la fosse iliaque droite et légère défense dans la moitié droite de l'abdomen.

Rien au toucher rectal.

Intervention.

Appendice très long et très volumineux dans sa moitié distale qui est sphacélique et rompue.

Liquide putride dans le ventre.

Appendicectomie.

Drainage du Douglas. Sérum anti-gangréneux.

OBSERVATION N° 6.

W... Jean, 24 ans.

Appendicite aiguë gangréneuse.

Début il y a 48 heures par quelques douleurs abdominales péri-ombilicales accompagnées de vomissements alimentaires. Les douleurs se sont ensuite localisées dans la fosse iliaque droite où elles persistent et sont assez vives. Les vomissements persistent eux aussi.

À l'examen, douleur et défense dans la fosse iliaque droite.

Pas de contracture.

La T° est à 37°8 et le pouls à 60.

L'état général malgré la fatigue occasionnée par les vomissements répétés est parfaitement conservé.

Rien au toucher rectal.

Intervention.

Un peu de sérosité à l'ouverture du péritoine. Appendice en position latéro-cæcale très long, très volumineux dans son segment inférieur.

Abcès rétro-cæcal à pus chocolat fétide. L'appendice est perforé largement à sa partie moyenne.

On doit drainer après assèchement du pus à la compresse dans la cavité péritonéale. Sérum anti-gangréneux.

Nous constatons donc que toutes ces appendicites aiguës dont nous venons de présenter les observations ont montré à l'examen anatomique des lésions, soit une perforation vraie, soit un appendice sphacélé, contenant du pus et prêt à se rompre. Et pourtant on n'a pu à l'examen constater aucun signe de péritonite aiguë généralisée. On peut donc dire à coup sûr que si ces malades n'avaient pas été appendisectomisés sur l'heure, l'affection aurait inévitablement évoluée vers la péritonite aggravant ainsi

d'une façon considérable un pronostic déjà sérieux.

Tous ces malades ont guéri par la suite. mais leur convalescence a été longue car l'opérateur a été obligé de placer au minimum un drain dans le foyer d'infection.

Nous allons maintenant envisager des cas ou certains signes cliniques, d'apparence banaux, non évidents à un examen un peu hâtif, peuvent faire penser à la spéciale gravité d'une appendicite aiguë et faire soupçonner la perforation appendiculaire, soit existant déjà, mais sans retentissement sur l'état général, soit prête à se produire, c'est-à-dire ayant déjà provoqué une réaction péritonéale qu'on va rattacher à mettre en évidence malgré son extrême discrétion clinique. .

Dans un premier groupe d'observations, nous avons montré l'intérêt des touchers vaginaux et rectaux systématiques au cours des appendicites aiguës.

C'est là un signe bien connu de sensibilité spéciale des culs de sacs péritonéaux mettant en évidence la réaction péritonéale avant que la péritonite soit cliniquement perceptible par ses grands symptômes généraux et abdominaux.

Nous avons vu dans les observations précédentes que le toucher rectal ou vaginal s'était montré négatif malgré la perforation appendiculaire décelée à l'intervention; il ne s'agit donc pas là d'un symptôme constant, ni même fréquent.

Mais on peut avancer, à peu près sûrement que, lorsque le toucher est douloureux au cours d'une ap-

péridicite aiguë, celle-ci va évoluer, sans espoir d'amélioration aucune sur la péritonite et pendant l'indication opératoire d'urgence de façon formelle.

On notera que la douleur provoquée par cette manœuvre est toujours perçue par la malade dans le cul de sac droit, se confondant avec la douleur appendiculaire. C'est là un fait qui permet aussi d'écarter les affections génitales chez la femme dans bien des cas où la discrimination s'avèrait extrêmement difficile.

Nous avons recueilli plusieurs observations dont voici les plus intéressantes.

OBSERVATION N° 7.

C... Louis, 39 ans.

Crise aiguë appendiculaire. 1^{re} crise.

Etat général très bien conservé.

Température à 37°9.

Pouls à 100.

Examen : point douloureux net dans la fosse iliaque droite avec légère défense. Pas de contracture.

Toucher rectal douloureux.

Intervention.

Liquide purulent à l'ouverture du péritoine. Appendice gros comme l'index et turgescent, rempli de pus à la coupe.

Appendicectomie suivie de drainage (un drain dans le Douglas).

OBSERVATION N° 8.

B... Jean-Louis, 34 ans.

Appendicite aiguë à la 25^e heure.

Douleur hypogastrique.

Vomissements. Température à 39°. Pouls à 90.

Légère défense musculaire abdominale pariétale basse et médiane.

Pas de contracture.

Au toucher rectal. Vive douleur à droite.

Intervention.

Enorme appendice turgescant, noirâtre. Ablation.

Pas de liquide dans le Douglas.

Fermeture sans drainage.

Pièce anatomique.

Pus dans l'appendice avec sphacèle total de la muqueuse. (Il s'agit donc ici d'un endo-appendicite avec réaction péritonéale).

OBSERVATION N° 9.

N... Jean-Marie, 19 ans.

Première crise appendiculaire qui débute le samedi dans l'après-midi.

Douleurs péri-ombilicales assez vives, qui le dimanche se calment pour reprendre lundi et qui persistent le mardi et mercredi.

Pas de vomissements ni de nausées.

Une selle spontanée le matin de l'intervention, c'est-à-dire mercredi.

Examen.

Excellent état général.

Bon faciès.

Abdomen souple, sans contracture. Point douloureux très net para-ombilical droit.

Au toucher rectal, légère douleur à droite, rien à gauche.

Intervention.

Appendice latéro-cæcal externe, très rouge, très vasculaire, liquide séreux dans le péritoine.

Fermeture sans drainage.

OBSERVATION N° 10.

Z... Stéphane, 33 ans (femme).

Appendicite aiguë à la 28^e heure.

Douleur abdominale sans localisation précise.

Constipation depuis 18 heures.

Vomissements.

Température à 38°5. Pouls à 100. Bon faciès.

— A l'examen, l'abdomen respire bien. Douleur légère au point de Mac Burney avec légère défense, mais pas de contracture vraie.

Au toucher, douleur dans le cul-de-sac droit.

Intervention.

Liquide abondant dans la cavité péritonéale.

Enorme appendice verdâtre, friable. Exploration du Douglas à la compresse. Drainage.

Nous voyons donc par ces quelques observations, ou dans la plupart on note un bon état général apparent, qu'à l'examen clinique rien ne fait suspecter l'importance des lésions appendiculaires que le toucher rectal ou vaginal.

C'est donc là un examen capital qu'on doit pratiquer systématiquement lorsqu'on se trouve non seulement en présence d'une appendicite aiguë, manifestement grave, mais surtout lorsqu'on est en présence d'une symptomatologie fruste où tout peu parfois se réduire à la simple notion d'une douleur au point de MAC BURNAY.

Ce sera grâce à cette manœuvre qu'on avancera le véritable pronostic du cas en présence duquel on se trouve, la possibilité d'une évolution vers la perforation et la péritonite et l'on pensera ainsi à poser

l'indication opératoire d'urgence qui évitera la péritonite si elle n'est pas encore déclarée, ou si elle l'est déjà permettra le drainage dans les premières heures de la généralisation de l'infection et l'on sait que la guérison est alors avant tout fonction de la rapidité de l'intervention.

Outre l'intérêt des touchers rectal et vaginal dans l'appréciation du facteur de gravité dans les appendicites aiguës, nous allons étudier quelques symptômes, généralement très passagers, ou d'apparence banale et dont la valeur pronostic est moins importante, il faut l'avouer, mais qui, même s'il est assez peu fréquent de les rencontrer, peuvent dans certains cas, surtout lorsqu'on a l'habitude de les rechercher systématiquement, aider à suspecter une perforation latente.

Ces signes prendront évidemment toute leur valeur, chez des malades dont l'état général est apparemment bien conservé et dont à première vue la douleur appendiculaire spontanée et provoquée, quelques vomissements, une légère élévation de la température et du pouls sont les seuls symptômes.

Dans la première observation que nous relatons, c'est une particulière euphorie de la malade et surtout la diarrhée qui en font redouter la gravité spéciale de l'affection.

OBSERVATION N° 11.

Femme L..., 58 ans.

Appendicite aiguë à la 24^e heure.

La malade vue le matin, arrive de la consultation externe, elle paraît en parfait état de santé.

La température est normale, le pouls est à 110. La malade est très euphorique et raconte qu'elle vient de cesser son travail. Mais à l'interrogatoire, on apprend que le début réel des accidents remonte à 24 heures, marqué par :

Crise douloureuse dans la fosse iliaque droite et crise de diarrhée, depuis par des selles, quelques gaz.

Pas de vomissements.

Les douleurs, après s'être calmées pendant la nuit ont repris ce matin, fait, qui décida la malade à consulter.

A l'examen.

Un seul signe : la douleur nette et vive et précise au point de Mac Burney. Pas de contracture, à peine une légère défense.

Intervention.

Un peu de liquide clair à l'ouverture du péritoine.

Enorme appendice noirâtre, friable avec un méso très infiltré.

Drain et mèche.

Suites opératoires excellentes. Guérison complète.

(Malade opérée et suivie par Monsieur Jean DARRICAU, interne dans le service).

On a remarqué dans cette observation un fait au moins aussi important que l'euphorie, mais qui existe rarement et surtout est très difficile à mettre en évidence, c'est la diarrhée. Ce symptôme quand il existe doit être considéré comme un signe de gravité.

Notons qu'il a fallu un interrogatoire très serré pour mettre en évidence ces quelques selles diarrhéiques qui ont été suivies d'une constipation frisant la rétention complète des matières et accom-

pagnée de rétention de gaz, constipation sur laquelle insistait la malade à cause de sa persistance, alors qu'elle n'avait qu'un lointain souvenir de la diarrhée.

Voici d'ailleurs une autre observation où la diarrhée est survenue au cours d'une péritonite d'origine appendiculaire non décelable cliniquement.

Il ne s'agit pas exactement, dans cette observation, d'une appendicite aiguë, mais d'un épisode aigu grave au cours d'une appendicite chronique. D'autre part, le malade présentait des signes généraux graves, mais les symptômes abdominaux étaient réduits au minimum.

C'est dans ce cas seulement grâce à la connaissance des antécédents d'appendicite chronique qu'on a pensé à la possibilité d'une cause appendiculaire.

Et vu le manque de symptômes abdominaux, la diarrhée et les signes généraux graves, le frisson en particulier ont permis de soupçonner l'atteinte péritonéale.

OBSERVATION N° 12.

C... Charles, 27 ans.

Le malade entre dans le service le 8 janvier pour appendicite chronique.

Il ne présente à ce moment aucun signe d'évolution.

Le 9 il présente au matin une température à 38°, mais ne souffre pas dans la fosse iliaque droite.

Il fait un frisson vers 18 heures.

La température atteint 40°, le pouls est à 120. Pas de vomissement.

A eu deux selles diarrhéiques dans la journée.

Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et douleur sur iliaque postérieur.

Ni contracture, ni défense pariétale.

Urines très foncées.

Intervention.

Appendice long, rétro-cæcal, très adhérent, très friable; sa pointe sphacélique est le siège d'un abcès fétide à parois verdâtres.

Drainage après exploration et nettoyage du Douglas à la compresse.

Un autre symptôme, dans l'observation que nous allons présenter maintenant, a mis en relief la gravité de l'infection. C'est dans ce cas le fait de constater chez le malade une langue saburrale qui a permis de réserver le pronostic.

On sait que très souvent l'appendicite simule un simple embarras gastrique. Mais en général on constate une certaine corrélation entre les symptômes d'un embarras gastrique; mais dans le cas qui nous occupe, la langue a semblé manifestement trop saburrale pour l'importance des vomissements et de l'état général. Evidemment, il s'agit là d'un diagnostic d'impression clinique; mais malgré tout, ce symptôme, en quelque sorte *en flèche* par rapport aux autres a attiré l'attention du clinicien et l'a poussé à intervenir; et l'examen de la pièce opératoire a exactement corroboré cette impression clinique.

Voici l'histoire du malade.

OBSERVATION N° 13.

C... Auguste, 40 ans.

Appendicite aiguë datant de 36 heures.

Hernie pléthorique.

Température 38°, pouls 90.

Douleurs nettement localisées à la partie toute externe de la fosse iliaque droite.

Pas de contracture, pas de douleur au toucher rectal.

Quelques vomissements la veille de l'intervention, rien le jour même.

On note l'aspect de la langue qui est saburrale.

Intervention.

Appendice latéro-cæcal externe dont la pointe franchement rétro-cæcal est perforée, sphacélée. Il s'en échappe un pus extrêmement fétide et brunâtre.

Drainage par un drain au contact du foyer et l'autre dans le Douglas.

Enfin nous présentons une dernière série d'observation qui va nous montrer l'importance de la crise appendiculaire en deux temps dans l'appréciation du facteur de gravité.

Il s'agit de malades qui font un jour une légère crise appendiculaire, sans ou avec très peu de signes généraux, la symptomatologie se réduisant à une légère douleur appendiculaire souvent si aisément supportable que le malade n'arrête même pas son travail, comme on va le voir dans l'une de ces observations (observation n° 16); sa crise dure une journée ou deux puis tout se calme et brusquement trois ou quatre jours après apparaît une deuxième

crise dont la gravité est variable, depuis la péritonite presque d'emblée (il s'agit alors souvent d'appendicite gangréneuse) à la crise appendiculaire aiguë banale cliniquement, mais grave par ses lésions appendiculaires et qui, si l'on hésite à intervenir, ne tardera pas à s'aggraver et à réaliser une péritonite aiguë généralisée.

OBSERVATION N° 14.

Jacques, 16 ans.

Appendicite aiguë opérée le 5^e jour.

Début le lundi par : Douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnées de vomissements.

Puis accalmie pendant une journée; mais le jour suivant exacerbation des symptômes et à son entrée dans le service, le malade accuse une température à 39°4.

Un pouls à 80.

Son abdomen est légèrement ballonné.

Pas de contracture, mais le ventre est uniformément douloureux à la palpation.

Intervention.

Pus libre dans l'abdomen.

Appendice perforé, au centre d'une plaqué verdâtre sphacélique.

Drainage dans le foyer et dans le Douglas.

OBSERVATION N° 15.

W... René, 38 ans.

Appendicite aiguë datant de 4 jours.

Le début de la maladie remonte à 15 jours, le malade ayant eu à ce moment des douleurs dans la fosse iliaque droite sans vomissements ni fièvre.

Au bout de quatre jours, cessation des douleurs vives mais persistance d'un endolorissement abdominal à droite.

Depuis quatre jours, reprise des douleurs aiguës, donc deuxième crise appendiculaire aiguë.

En outre :

Vomissements bilieux.

Température à 37°5.

Pouls à 90.

L'examen de l'abdomen révèle une douleur très intense de toute la fosse iliaque droite.

— Pas de contracture.

— Toucher rectal négatif.

Intervention.

A l'ouverture du péritoine issue de liquide puriforme.

On trouve deux perforations, l'une appendiculaire, l'autre cæcale.

Drainage.

Voici une dernière observation de crise appendiculaire en deux temps, où le premier temps n'a été marqué que par des symptômes si légers que le malade n'a pas même interrompu son travail. Puis on assiste à la sédation des symptômes et environ 8 jours après, nouvelle crise, celle-ci d'intensité remarquable, évoluant en quelques heures vers la péritonite aiguë généralisée et c'est un malade porteur d'un ventre de bois typique qu'on amène sur la table d'opérations.

OBSERVATION N° 16.

P... Joseph, 37 ans.

Le malade souffre de la région appendiculaire depuis huit jours environ, mais n'interrompt pas son travail.

La veille de son arrivée dans le service on assiste à une reprise manifeste des douleurs et des vomissements maintenant font leur apparition.

A son entrée, la température ne dépasse pas 37°8, le pouls est à 90.

Mais à l'examen on note une grosse contracture dans la fosse iliaque droite.

Mauvais état général, faciès plombé, langue sèche.

Intervention.

A l'ouverture du péritoine, écoulement de pus et de sérosité.

Appendice latéro-cæcal interne sphacélé et perforé sur toute sa longueur.

Drainage du Douglas.



Cette observation nous montre bien l'intérêt capital de l'intervention d'urgence des appendicites aiguës, dogme qui ne se discute plus, mais elle nous permet même d'aller plus loin encore dans le sens de l'intervention et de mettre en évidence l'intérêt qu'il y a à intervenir systématiquement chaque fois qu'on se trouve en présence d'une crise appendiculaire nette même si elle apparaît cliniquement extrêmement bénigne.

Cette pratique ne fait courir aucun risque au malade, que nous supposons évidemment sans tares organiques, et dont la bénignité d'une telle intervention et même, bien au contraire lui octroie une véritable assurance sur l'avenir en lui supprimant le risque de la perforation appendiculaire.

CONCLUSIONS

En résumé, nous avons vu que nombreux sont les cas d'appendicite aiguë en puissance de perforation appendiculaire où aucun signe de réaction péritonéale ne peut faire soupçonner la gravité du pronostic.

Bien au contraire la pauvreté des signes généraux, le bon faciès, le bon état général du malade nous inclinent à l'optimisme et pourtant l'intervention d'urgence s'impose, sinon, en laissant évoluer la maladie, on s'expose aux pires catastrophes.

Mais dans un autre groupe d'observations, nous avons mis en évidence quelques symptômes d'importance variable qui peuvent aider le clinicien à déceler la gravité de l'affection.

C'est en particulier la pratique systématique du toucher vaginal et rectal, qui, s'il montre un des culs-de-sacs péritonéaux douloureux, en particulier à droite, fait penser à la possibilité d'une perforation appendiculaire latente.

C'est aussi la diarrhée qui chez un malade en excellent état général apparent fera suspecter une lé-

sion appendiculaire autrement plus grave qu'on pourrait le croire à première vue.

Nous avons encore cité chez certains malades une particulière euphorie.

Nous insisterons enfin sur le fait que l'impression clinique de gravité, qu'on éprouve parfois au lit du malade, avant l'intervention provient de la discordance des signes recueillis : c'est la présence d'un symptôme, bien que banal en lui-même, tel la langue saburrale d'un des malades dont nous avons parlé plus haut, symptôme en quelque sorte en flèche par rapport aux autres qui attirera l'attention du clinicien sur la réelle gravité de la lésion appendiculaire.

Enfin nous avons montré la particulière gravité que peut faire soupçonner une crise appendiculaire en deux temps.

En bref, il est des signes cliniques d'appendicite sur lesquels on fonde le diagnostic, mais il en est aussi d'accessoires, incapables par eux-mêmes de permettre le diagnostic d'appendicite, mais d'intérêt capital pour le diagnostic de gravité.

Surseoir à l'intervention d'une appendicite aiguë est déjà une faute grave, mais quand on a pu déceler un de ces symptômes, il faut savoir que la péritonite est latente, que l'intervention immédiate s'impose : les heures alors comptent double.

Malheureusement bien souvent aucun symptôme ne peut aider le praticien à soupçonner la gravité des lésions appendiculaires, et c'est pourquoi s'im-

pose de plus en plus l'intervention systématique devant toute crise appendiculaire, si bénigne soit-elle.

En effet l'intervention en elle-même ne fait courir aucun risque au malade, on connaît la bénignité d'une appendicectomie dans de telles conditions, perforation appendiculaire et de la péritonite aiguë mais bien au contraire elle octroie au malade une véritable assurance en lui enlevant le risque de la généralisée.

Vu : Le Président de Thèse,

P. DUVAL.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.